# FORMATO DE INFORME DE SUPERVISIÓN O INTERVENTORÍA CONTRACTUAL

Concejo de Manizales
*La Voz de la gente!*

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que: ANA MARIA GÓMEZ MUÑOZ

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: NIT [ ] CC [X] CE [ ] TI [ ] NÚMERO: 1,053,817,478 DÍGITO DE VERIFICACIÓN:

CONTRATO N° CONCE 2022-017 INICIO DEL CONTRATO 28/01/2022 TERMINACIÓN DEL CONTRATO 30/06/2022

OTROSÍ SI ____ ____ VALOR DE LA ADICIÓN ____ PLAZO DE LA ADICIÓN ____

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO | |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $ 12,750,000 |
| DESEMBOLSO N° 05 DE 06 | |
| VALOR A PAGAR | $ 2,500,000 |
| SALDO PENDIENTE POR PAGAR | $ 2,500,000.00 |

NOTA ACLARATORIA: EL ÁREA JURÍDICA VERIFICÓ EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS CONTRACTUALES, ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURÍDICOS PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO

PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE AL PAGO: AÑO 2022 MES 5 DÍA 1 AL AÑO 2022 MES 5 DÍA 31

| NOMBRE DEL SUPERVISOR: CLAUDIA MARCELA GARCIA CHARRY | CARGO: SECRETARIA GENERAL |
|---|---|

| OBJETO DEL CONTRATO: | Realizar acompañamiento y apoyo al concejo de Manizales en el cumplimiento del Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo. |
|---|---|

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1)Garantizar la oportuna, eficaz y eficiente ejecucion del objeto contratado y responder por su calidad, sin perjuicio de la respetiva garantia. 2) Aceptar y aplicar los procedimientos administrativos. 3) El contratista sera responsable del pago de las prestaciones sociales y demas a que haya lugar y debe presentar certificaciones y/o recibos de pago, donde conste el cumplimiento de sus obligaciones frente alsistema de seguridad integral, de conformidad con el articulo 23 de la ley 1150 de 2007(pago a los sistemas de Seguridad Social en Salud, pensiones y ARP, suya y de su personal, asi como el pago de los aportes parafiscales a las Cajas de Compensacion Familiar, SENA, e Instituto de Bienestar Familiar, cuando a ello haya lugar, de conformidad con lo establecido en la Ley 789/02). 4) Presentar oportunamente factura o cuenta de cobro con todos sus soportes, para efectos de expedicion de certificacion por parte del supervisor del contrato, sobre su correcta ejecucion. 5) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actuen por fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algun acto o hecho, informando inmediatamente al concejo y demas autoridades competentes cuando se presenten tales peticiones o amenazas. 6) Guardar absoluta reserva en relacion con toda informacion que maneje o que conozca con ocasion de las actividades propias de la prestacion del servicio. El contratista debera cuidar la informacion a la que tenga acceso evitando su destruccion destruccion o utilizacion indebida y 7) las demas que le sean asignadas por el supervisor del contrato o por el ordenador del gasto. | -SEGUIMIENTO DEL COPASST-REUNION MENSUAL: TEMA COMPRA-CAPACITACION DEL DEA.<br>-SE REALIZÓ CRONOGRAMA Y PLAN DE TRABAJO PARA EL MES DE JUNIO DE SG-SST EN EL CONCEJO DE MANIZALES, CON LA -COLABORACIÓN DE LA ARL POSITIVA.<br>-SE LLEVO A CABO REUNION CON EL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL, PARA LA REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ACOSO SEXUAL Y ACOSO LABORAL DE LA ENTIDAD.<br>-SE LLEVO A CABO LA SEMANA DE LA SALUD MENTAL CON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: CHARLA SOBRE CANCER, CON ENFASIS EN CARCER DE PROSTATA, TALLER SOBRE ACOSO ESCOLAR, ACTIVIDAD DE MANEJO DE EMOCIONES. -SE REALIZO INFORME DE GESTIÓN HASTA LA FECHA PARA EL AVANCE DEL PLAN DE ACCIÓN. |

FACTURA No. ____ CUENTA DE COBRO [X] N° [5] DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL? ____

ANTICIPO: SI [ ] NO [X] % [ ] VALOR $ ____

**INFORMACIÓN DEL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

| CONCEPTO | FECHA DE PAGO | No. PLANILLA DE PAGO | VALOR(ES) PAGADO(S) |
|---|---|---|---|
| EPS | DIA [ ] MES [ ] AÑO [ ] | | |
| AFP Y FSP | | | |
| ARL | | | |
| TOTAL | | | |

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y riesgos laborales deben estar calculados con base en el 40% del valor del contrato (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora.

DATOS DE CUENTA BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA: BANCOLOMBIA TIPO DE CUENTA: AHORROS [X] CORRIENTE [ ] N° DE LA CUENTA: 7063627814

## 2. ACEPTA Y AUTORIZA EL PRESENTE PAGO

**El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pension, y riesgos laborales deben estar calculados con base en el 40% del valor del contrato (sin incluir iva); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora**

FIRMA: ____ NIT / C.C.: ____ NOMBRES: ____
SUPERVISOR

FIRMA: Ana María Gómez Muñoz NIT / C.C.: 1053817478 NOMBRES: ANA MARÍA GÓMEZ MUÑOZ
CONTRATISTA

## 3. DOCUMENTOS ANEXOS QUE AMPARAN ÉSTA CERTIFICACIÓN

| PRIMER O ÚNICO PAGO | | OTROS PAGOS | |
|---|---|---|---|
| 1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente | [ ] | 1. Factura, cuenta de cobro o documento equivalente | [X] |
| 2. Copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal CDP | [ ] | 2. Causación (Contabilidad) | [ ] |
| 3. Registro Presupuestal RP | [ ] | 3. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador) | [N/A] |
| 4. Causación (Contabilidad) | [ ] | 4. Planilla de pago de Seguridad Social. | [ ] |
| 5. Paz y Salvo Parafiscales (con firma de contador) | [ ] | 5. Informe técnico | [X] |
| 6. Planilla de pago de Seguridad Social. | [ ] | | |
| 7. Informe técnico | [ ] | | |

OBSERVACIONES: